

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Oggi _____

Il/La sottoscritto/a _____ codice Fiscale _____
dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa esposta nella sala di attesa e di aver acquisite le informazioni fornite, ai sensi dell'art 13 del Regolamento (UE) 2016/679, dal titolare/responsabile e/o dalla persona autorizzata al trattamento.

Firma _____

Ospedale/centro Esterno ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Alla comunicazione per esami specialistici a: _____ .

Firma _____

Referto On Line ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Al prelievo dei miei risultati sanitari attraverso l'area ad accesso riservata del portale <https://www.labpaolopennisi.it> prendendo atto che gli stessi saranno disponibili per non più di 45 giorni dall'atto della pubblicazione, corrispondente alla data di consegna riportata nel tagliando di accettazione. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di attivazione del servizio e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti.

Firma _____

Medico ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Alla comunicazione dei miei risultati sanitari al Medico: _____ .

Firma _____

Invio e-mail ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **crittografato**, all'indirizzo: _____
impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma _____

Consapevole del rischio ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **non crittografato**, all'indirizzo: _____
impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma _____